

همسر آزاری و ارتباط آن با سلامت روان زنان - استان چهار محال و بختیاری - 1385

معصومه معزی^{1*}، مهران اعظمی²، مصطفی شاکری³، بهروز پورحیدر⁴

- 1) متخصص پزشکی (اجتماعی، مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد
- 2) پزشک قانونی، فوق لیسانس روانشناسی، سازمان پزشکی قانونی استان چهار محال و بختیاری
- 3) فوق لیسانس روانشناسی، کارشناس بهداشت روان، مرکز بهداشت استان چهار محال و بختیاری
- 4) پزشک عمومی، کارشناس پیشگیری از بیماریها، مرکز بهداشت استان چهار محال و بختیاری

تاریخ پذیرش: 87/5/12

تاریخ دریافت: 86/9/3

چکیده

مقدمه: خشونت علیه زنان از مشکلات عمده بهداشتی و حقوقی انسانها محسوب می گردد و به هر رفتار خشنی اطلاق می گردد که وابسته به جنسیت بوده و به آسیب جسمی، جنسی، روانی و یا رنج زنان منجر شود. جایگاه ضعیف اقتصادی و اجتماعی زنان در اکثر جوامع همراه با باورهای غلط فرهنگی-مذهبی، ترس از آبرو و گاه نبود قوانین محکم موجب گردیده تا رایج ترین نوع خشونت علیه زنان، خشونت خانگی باشد که توسط همسران اعمال می گردد. نتایج پژوهش ها در کشورهاییکه مطالعات معتبر و در مقیاس وسیع صورت گرفته نشان می دهد که: 20-70 درصد زنان توسط شرکای جنسی خود مورد آزار قرار گرفته اند. پدیده همسر آزاری منجر به پیامدها و عوارض گوناگون جسمانی و روانی در زن آسیب دیده می گردد. این مطالعه با هدف بررسی میزان اختلالات روانی در زنان تحت خشونت همسر انجام گرفته است.

مواد و روش ها: این مطالعه از نوع توصیفی-تحلیلی به روش مقطعی است که بر روی 380 زن ارجاع شده به پزشکی قانونی استان به علت همسر آزاری به عنوان گروه مورد و 38 نفر از زنان مراجعه کننده به پزشکی قانونی استان به دلایل غیر از خشونت به عنوان گروه شاهد صورت گرفت. ابزار سنجش فرم تجدید نظر شده فهرست علایم 90 سوالی بود که میزان شدت نشانه ها و شکایات معمولی روانی در ابعاد 9 گانه شکایت جسمانی، وسواس، حساسیت در روابط متقابل، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، افکار پارانوئید و روان پریشی را ارزیابی می نماید و از پایایی و روایی مناسب برخوردار است. داده ها از طریق نرم افزار SPSS ۱۱ و با استفاده از روشهای آماری توصیفی، آزمون t مستقل، مجذور کای و تحلیل واریانس تجزیه و تحلیل شد.

یافته های پژوهش: میانگین سنی موارد پژوهش در گروه مورد $28/4 \pm 5/8$ و در گروه شاهد $27/9 \pm 9/5$ بود. 60 درصد افراد گروه مورد و 55/8 درصد گروه شاهد روستایی و بقیه را زنان شهری تشکیل می دادند. 51 درصد از گروه مورد دارای سطح تحصیل پایین تر از دیپلم بودند. نتایج حاصل از پرسشنامه SCL-90-R نشان داد که نمره آزمودنی های گروه مورد در ابعاد شکایات جسمانی، افسردگی و وسواس بیش از نقطه برش (2) بوده و نیاز به درمان داشتند. مقایسه بین گروه مورد و گروه شاهد نشان داد که اختلافی معنی دار بین 3 بعد شکایات جسمانی ($P=0.001$)، افسردگی ($P=0.008$) و پرخاشگری ($p=0.037$) وجود دارد.

بحث و نتیجه گیری: پژوهش اخیر نشانگر پیامدهای روانی همسر آزاری و خشونت علیه زنان بوده و تاییدی بر آسیب به سلامت روان زنان بر اثر خشونت است. اختلال در سلامت روان زنان علاوه بر تحمیل هزینه های گزاف مراقبتی و دارویی بر جامعه، زندگی خانوادگی و تربیت فرزندان را دچار مشکل می سازد. بنابراین کوشش در پیشگیری از خشونت علیه زنان در سطح جامعه راهی برای حفظ سلامت روان آنان است.

واژه های کلیدی: خشونت خانگی، همسر آزاری، سلامت روان

* نویسنده مسئول: متخصص پزشکی اجتماعی - مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد

Email: lmoezzi@yahoo.com

مقدمه

خشونت علیه زنان از مشکلات اصلی بهداشتی و حقوقی انسانها محسوب می شود که هر چند در اکثر جوامع وجود دارد اما اغلب ناشناخته مانده و به عنوان بخشی از رفتارهای عادی اجتماعی پذیرفته شده است. بر اساس تعریف سازمان ملل، به هر رفتار خشن وابسته به جنسیت اطلاق می گردد که موجب آسیب جسمی، جنسی و یا روانی منجر به رنج زنان گردد. خشونت خانگی علیه زنان همواره از تمام کشورها و جوامع اقتصادی و اجتماعی گزارش می شود ولی دستیابی به آمار و اطلاعات آن بسیار مشکل است، چرا که زنان در بسیاری از فرهنگ ها دارای جایگاه ضعیف اقتصادی و اجتماعی بوده و به همین علت اغلب خشونت علیه آنان به ویژه در محیط خانواده شناسایی نشده و در بعضی موارد حتی به گونه ای مشروع توجیه می شود (1). کتک کاری در منزل امروزه رایج ترین شکل خشونت است. مساله عمده در همسر آزاری سوء رفتار با زن است. مطالعات نشان می دهد که حدود 1/8 میلیون زن کتک خورده در آمریکا وجود دارد (2). هر چند در آمریکای شمالی براساس قانون زنان از حقوق برابر برخوردارند ولی 40 تا 50 درصد آنان از خشونت فیزیکی، تجاوز و خشونت خانگی رنج برده و 25 تا 30 درصد نیز یک بار در طول زندگی از شوهران خود کتک خورده اند (3،4). در کشورهای عربی و اسلامی مانند مصر، فلسطین و تونس از هر 3 زن یک نفر از شوهر خود کتک می خورد و هر چند بعضی افراد نا آگاه مشروعیت آن را به مذهب ربط می دهند، اما با مطالعه قرآن می توان این نظریه را رد نموده و آن را به باورهای غلط فرهنگی، مذهبی نسبت داد (5). زنان قربانی خشونت رنج های روانی را متحمل شده، بسیاری از آنها افسرده یا مضطرب گردیده و عده ای نیز علایم اختلال استرس پس از حادثه را به نمایش می گذارند. مطالعات مختلف نشان داده است زنانی که از سوی شوهران خود مورد خشونت قرار می گیرند 5 برابر بیشتر در معرض خودکشی و 6 برابر بیشتر در معرض ابتلا به انواع

اختلالات روانی و 4 تا 5 برابر بیشتر نیازمند دریافت درمانهای روانپزشکی نسبت به زنان دیگر هستند (1). زنان ممکن است به علت ارباب ناشی از خشونت شوهران خود از پیشرفت در کارهایشان بازمانده و دچار کاهش توان در کسب معاش گردند. نتایج مطالعه ای در سطح ملی کانادا نشان داد که 30 درصد از زنان متاهل قربانی حوادث خشن از فعالیتهای طبیعی روزمره دست کشیده و 50 درصد مرخصی استعلاجی گرفته اند. بنابراین هزینه تحمیل شده ناشی از خشونت علیه زنان بر بخش بهداشت جامعه بسیار گزاف بوده و بخشی از آن برای مداوای آسیب جدی جسمی و بخشی صرف درمان مشکلات روانی از جمله اضطراب ها و علایم اختلالات روانی می گردد (1). نتایج تحلیل گزارش توسعه بانک جهانی در سال 1993 نشانگر کاهش میزان سالهای زندگی سالم به میزان 5 تا 6 درصد در زنان سنین باروری درگیر خشونت خانگی یا وابسته به جنسیت است (6).

با توجه به آنچه بیان گردید به نظر می رسد که پدیده خشونت علیه زنان و همسر آزاری علاوه بر شیوع گسترده، دارای پیامدها و عوارض گوناگون است. این مطالعه با هدف بررسی سلامت روان در زنان دچار همسر آزاری در استان چهار محال و بختیاری انجام گرفته است.

مواد و روش ها

مطالعه مذکور از نوع توصیفی-تحلیلی به روش مقطعی است که به صورت مقایسه بین دو گروه مورد و شاهد صورت گرفته است. گروه مورد متشکل از 380 زن بود که به علت همسر آزاری به سازمان پزشکی قانونی استان چهار محال و بختیاری ارجاع شده بودند. گروه شاهد از بین زنان مراجعه کننده به سازمان به علل غیر همسر آزاری مانند تصادفات، تعیین دیه و... به صورت مشابه سنی با گروه مورد انتخاب شدند. نمونه گیری به روش متوالی آسان تا زمان تامین حجم نمونه انجام گرفت و به ازای هر مورد همزمان یک فرد شاهد انتخاب گردید. کلیه زنانی که به دلیل آزار و اذیت همسر مراجعه نموده بودند و به شرکت در مطالعه تمایل داشتند امکان شرکت در این مطالعه را داشتند و محدودیتی از نظر ورود به مطالعه در نظر گرفته نشد. ابزار سنجش فرم

تجدید نظر شده فهرست علایم 90 سوالی (Systematic Check-List-90-Revised) بود که میزان شدت نشانه ها و شکایات معمولی روانی را می سنجد. این آزمون دارای 90 پرسش برای ارزیابی نشانه های روانی بر پایه گزارش پاسخگوست. پاسخهای ارائه شده به هر یک از مواد آزمون در یک مقیاس 5 درجه ای از میزان ناراحتی (از هیچ تا شدید) مشخص می گردد و 9 بعد مختلف جسمانی، حساسیت در روابط متقابل، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، افکار پارانوییدی، وسواس جبری و روان پریشی را در بر می گیرد. کسب نمره بیش از 2 نشانگر نیاز به مداخلات درمانی است و این نمره نقطه برش محسوب می گردد. پاسخگو با در نظر گرفتن اینکه در طول هفته گذشته چه میزان مشکل را تجربه کرده پاسخ می دهد. نمره گذاری و تفسیر آزمون بر اساس 3 شاخص کلی علایم مرضی، معیار ضریب ناراحتی و جمع علایم مرضی صورت می گیرد. این 3 شاخص کلی، ناراحتی و عمق شدت مشکلات روانی را در فرد نشان می دهد. شاخص کلی علایم مرضی (Global Severity Index) که نمره آن میانگین نمره های تمام پرسشهای آزمون است و امتیاز آن بین صفر تا 4 است، معیار ضریب ناراحتی (Positive Symptom Distress Index) که تعداد علایم مثبت گزارش شده توسط آزمودنی را سنجیده و بین صفر تا 90 در نوسان است، جمع علایم مرضی (Positive Symptom Total) که نشانگر میانگین تعداد علایم مثبتی است که توسط آزمودنی گزارش می گردد و بین صفر تا 4 در نظر گرفته می شود. پایایی و روایی این آزمون و ویژگی و حساسیت بالای آن به عنوان مقیاس تشخیص و پایش اختلالات روانی در مطالعات مختلف تایید شده است (۸،۷). پرسشگری توسط دو پرسشگر مجرب و آموزش دیده و به صورت مصاحبه چهره به چهره با افراد انجام گرفت و جهت رعایت اصول اخلاق پزشکی تمایل افراد به شرکت در مطالعه در نظر گرفته شده و از قید نام و نشانی افراد خودداری گردید. داده ها از طریق نرم افزار SPSS ۱۱ و با استفاده از روشهای آمار توصیفی، آزمون t،

مجذور کای و تحلیل واریانس یک طرفه تجزیه و تحلیل گردید. سطح معنی دار بودن آزمونها 0/05 در نظر گرفته شد.

یافته های پژوهش

در پژوهش حاضر میانگین سنی آزمودنی ها $28/16 \pm 8/08$ با دامنه سنی 17-50 سال بود که در گروه مورد $28/4 \pm 5/8$ و در گروه شاهد $27/9 \pm 9/5$ بود. میانگین طول مدت ازدواج در گروه مورد $8/46 \pm 5/9$ و در گروه شاهد $7/86 \pm 9/8$ بود. از نظر محل سکونت 60 درصد از افراد گروه مورد و 55/8 درصد از گروه شاهد روستایی بوده و محل سکونت بقیه شهر بود. از نظر وضعیت تحصیلی، 51 درصد از گروه مورد دارای سطح تحصیلی پایین تر از دیپلم بودند.

استفاده از آزمون t، تحلیل واریانس یک طرفه و مجذور کای نشانگر عدم اختلاف معنی دار بین دو گروه مورد و شاهد از نظر فاکتورهای طول مدت ازدواج، سطح تحصیلات و محل سکونت بوده است.

بین میانگین نمره هیچکدام از ابعاد 9 گانه در گروه مورد بر اساس فاکتورهای مذکور اختلاف معنی دار وجود نداشت.

مقایسه نمرات آزمودنی های پژوهش در ابعاد 9 گانه آزمون SCL-90-R در زنان هر دو گروه در جدول 1 نشان داده شده است. به جز در مورد افکار پارانوییدی در کلیه ابعاد نمرات گروه مورد بالاتر از شاهد بود ولی آزمون t مستقل فقط اختلاف معنی دار در 3 بعد شکایت جسمانی، افسردگی و پرخاشگری را نشان داد. میانگین نمره 3 بعد شکایت جسمانی، افسردگی و وسواس اجباری در گروه مورد بیش از 2 بود.

بحث و نتیجه گیری

میانگین سنی آزمودنی ها نشانگر جوان بودن افراد مراجعه کننده به دلیل همسر آزاری بود. در بررسی "پزشکی قانونی اصفهان" در سال 79 نیز بیشترین گروه سنی مورد آزار و اذیت به گروه سنی 20 تا 30 سال با 50 درصد موارد اختصاص داشت (9). در بررسی توصیفی سال 1380 در مورد وضعیت جمعیت شناختی زنان کتک خورده استان چهارمحال نیز 56 درصد زنان مورد آزار 20 تا 30 ساله بودند (10). در

مطالعه انجام شده در آمریکا توسط "والتون و همکاران" که جهت ارزیابی فاکتورهای خطر خشونت انجام گرفت جوان بودن زنان از فاکتورهای خطر ایجاد خشونت علیه آنان بود (11). در مطالعه اخیر حدود 49 درصد از موارد تحصیلات دیپلم و بالاتر داشته و بقیه زیر دیپلم بودند. طبق اطلاعات به دست آمده از بررسی "پزشکی قانونی اصفهان" نیز مشخص گردید که بیشترین میزان خشونت (51 درصد) علیه زنان با تحصیلات زیر دیپلم انجام شده است (9). و در مطالعه "والتون" نیز سطح تحصیلات بالا به عنوان فاکتور حفاظتی تعیین گردید (11). 60 درصد زنان درگیر همسر آزاری در مطالعه حاضر روستایی بودند که با استناد به نتایج مطالعاتی نظیر مطالعه "آلدراوندو و همکاران" که سطح اقتصادی و اجتماعی پایین را از عوامل تاثیر گذار در ایجاد همسر آزاری و خشونت علیه زنان می دانند (12)، قابل توجیه است. گروه مورد و شاهد از نظر سنی جور سازی شده و از نظر طول مدت ازدواج، سطح تحصیلات و محل سکونت نیز اختلاف معنی دار نداشتند، بنابراین این فاکتورها به عنوان عوامل مخدوش کننده در مطالعه محسوب نمی گردند. آزمون $SCL-90-R$ در گروه مورد نشان داد که نمره ابعاد شکایت جسمانی، وسواس و افسردگی بیش از نقطه برش 2 بوده و این اختلالات روانی ایجاد شده نیاز به مداخلات درمانی داشتند. پس از اینکه دو گروه مورد و شاهد با یکدیگر مقایسه گردیدند اختلاف معنی دار در ابعاد شکایت جسمانی، افسردگی و پرخاشگری مشاهده گردید. یافته های سایر مطالعات نیز موید ایجاد اختلالات روانی در زنان به دنبال مواجهه با خشونت های خانگی و همسر آزاری است. در بررسی کومار و همکاران بر روی زنان مناطق شهری و روستایی هند مشاهده گردید که 40 درصد از زنان دچار اختلال سلامت روان به دلیل همسر آزاری بوده و نیاز به مداخله درمانی داشتند (13). بوگات و همکاران نیز تاثیر خشونتهای خانگی و خشونتهای اجتماعی بر زنان را بررسی نموده و مشاهده نمودند که اختلال در سلامت روان زنان فقط مرتبط با تجربه خشونتهای خانگی است (14). در مطالعه انجام شده در تایوان در مورد اثرات خشونتهای خانگی از بین ابعاد ده گانه بیشترین میانگین نمره به اضطراب اختصاص داشته و پس از آن وسواس،

افسردگی و شکایات جسمانی قرار داشت (15). در مطالعه ای دیگر میزان اضطراب و افسردگی بالا در زنان با تجربه خشونت خانگی توسط پدران گزارش گردید (16). در بررسی توماس و همکاران نیز در بین 38 زن مراجعه کننده به مراکز بهداشتی شایعترین اختلالات شناخته شده به دنبال خشونت خانگی اضطراب، افسردگی و گرایش یا استفاده از مواد اعتیادآور بود (17). در مطالعه اخیر نیز در گروه مورد اضطراب از میانگین نمره نسبتا بالا (1/76) برخوردار بود و علت معنی دار نشدن آن نسبت به گروه شاهد ممکن است انتخاب گروه شاهد از بین مراجعین به پزشکی قانونی باشد. هر چند نمره پرخاشگری در گروه مورد نسبت به سایر ابعاد بالا نبود (1/49) اختلاف معنی دار پرخاشگری در بین گروه مورد و شاهد ناشی از رفتارهای خشونت آمیز و پرخاشگرانه اعمال شده توسط شوهران گروه مورد است که می تواند زمینه ساز بروز رفتارهای پرخاشگرانه در آنان نسبت به فرزندان و اطرافیان باشد. براساس یافته های پژوهش اخیر و سایر مطالعات ذکر شده به نظر می رسد بیشترین اختلالات روانی ایجاد شده در زنان به دنبال خشونتهای خانگی و همسر آزاری افسردگی، شکایت جسمانی، وسواس، اضطراب و پرخاشگری است. در هر صورت نتایج این مطالعه تاییدی دیگر بر آسیب به سلامت روان زنان بر اثر خشونت بوده و نشانگر پیامدهای روانی همسر آزاری و خشونت علیه زنان است.

لازم به ذکر است که با توجه به شرایط فرهنگی جامعه بسیاری از زنان قربانی به پزشکی قانونی مراجعه نمی نمایند و حتی در بین کسانی که مراجعه می نمایند بعضی تمایل به همکاری در اینگونه مطالعات ندارند. و تفاوتهای موجود بین این گروهها و گروهی که در مطالعه اخیر شرکت نمودند قابل بررسی نبوده و این مساله از محدودیتهای این مطالعه محسوب می گردد. ضمنا در این مطالعه جهت نزدیکتر بودن ویژگیهای گروه مورد و شاهد، انتخاب گروه شاهد از بین مراجعین به پزشکی قانونی و با توجه به نوع علت (مراجعه به علل غیر همسر آزاری و سایر انواع آزار و آسیبهای جسمی و روانی) صورت گرفت که البته علیرغم دقت در تفاوت

می توانست به کاهش عوامل مخدوش کننده و تفسیر بهتر بخشی از نتایج مطالعه کمک نماید.

تشکر و قدردانی

گروه نویسندگان مقاله از همکاری و مساعدت سازمان نظام پزشکی استان در انجام این مطالعه تشکر و قدردانی می نماید.

علت، این مساله در تفسیر بعضی از قسمتها مانند اضطراب محدودیت ایجاد نمود.

با توجه به اینکه این مطالعه به صورت مقطعی انجام شده و به صورت مطالعه مورد شاهد و گذشته نگر نبود از یک گروه کنترل استفاده گردید. ولی به نظر می رسد استفاده از دو گروه کنترل شامل گروه کنترل مراجعین به پزشکی قانونی و گروه کنترل جامعه

جدول 1. مقایسه نمرات دو گروه مورد و شاهد در ابعاد 9 گانه آسیب شناختی SCL-90-R

ردیف	ابعاد آزمون	گروه مورد	گروه شاهد	p. value
1	شکایت جسمانی *	2/07	1/52	0/01
2	وسواس اجباری	2/01	1/7	0/1
3	حساسیت در روابط متقابل	1/88	1/58	0/12
4	افسردگی *	2/25	1/71	0/008
5	اضطراب	1/76	1/4	0/08
6	پرخاشگری *	1/49	1/08	0/037
7	ترس مرضی	1/13	0/953	0/35
8	افکار پارانوییدی	1/70	1/74	0/8
9	روان پریشی	1/18	1/11	0/67
	شاخص کل بیماری	1/76	1/44	0/054
	تعداد علایم مثبت	63/78	58/89	0/2
	شدت علایم مثبت	2/39	2/15	0/06

منابع

- 1- رفیعی فرشهرام، پارسى نیا سعید، خشونت علیه زنان. تهران، انتشارات مرکز مدیریت بیماری ها، 1380.
- 2- کاپلان هرولد، سادوک بنجامین، خلاصه روانپزشکی و علوم رفتاری و روانپزشکی بالینی. ترجمه: رفیعی حسن، سنجاییان خسرو. تهران: انتشارات ارجمند. چاپ اول. 1382.
- 3-Erlick RG. *Violence against women in North America*. Archives of Women's Mental Health, **2003** ; **6**(3):**185-91**.
- 4-Grisso JA, Schwarz DF, Hirschinger N, Brensinger C, Santanna J, et al. *Violent injuries among women in urban area*. LDI Issue Brief , **2000**;**5**(4):**1-4**.
- 5-Douki S, Nacef F, Belhadj A, Bouasker A, Ghachem R. *Violence against women in Arab and Islamic countries*. Archives of Women's Mental Health, **2003**; **6**(3):**165-71**.

- 6-Heise L, Pitanguy J, Germian A. *Violence against women; the hidden health burden* . World Bank Discussion Paper No.255, Washington DC, World Bank, **1994**.
- 7-Hunter EE, Penick EC, Powell BJ, Othmer E, Nickel EJ, Desouza C, et al. *Development of scales to screen for eight common psychiatric disorders*. Journal of Nervous & Mental Disease, **1993**;(2):**131-5**.
- 8-Schmitz N, Hartkamp N, Kiuse J. *The Symptom Check- List-90-R(SCL-90-R); a German validation study*. Qual Life Res,**2000**; **9**(2):**185-93**.
- 9- نصر مجید، بررسی برخی از ویژگیهای شخصیتی و زناشویی مردان همسر آزار از دید همسران مراجعه کننده به مرکز پزشکی قانونی اصفهان در مرداد و شهریور 1378، پایان نامه دکترای حرفه ای دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، 1379.

10- اعظمی مهران، آقایی اصغر، گرانمایه سعیده، شاکری مصطفی. بررسی ویژگیها و وضعیت جمعیت شناختی زنان کتک خورده استان چهارمحال و بختیاری؛ مجموعه مقالات اولین همایش تبیین علمی بزه دیدگان و راهکارهای پیشگیرانه، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان، 1382.

11-Walton-Moss BJ, Manganello J, Frye V, Campbell JC. *Risk factors for intimate partner violence and associated injury among urban women*. J Community Health, 2005; 30(5):377-89.

12-Aldrando E, Sugarman DB. *Risk marker analysis of the cessation and persistence of wife assault*. J Consult Clin Psychol, 1996; 64(5):1010-9.

13-Kumar S, Jeyaseelan L, Suresh S, Ahuja RC. *Domestic violence and its mental health correlates in Indian women*. Br J Psychiatry, 2005 Jul ;187:62-7.

14-Bogat GA, Leahy K, von EA, Maxwell C, Levendosky AA, Davidson WS, et al. *The influence of community violence on the*

functioning of women experiencing domestic violence. Am J Community Psychol, 2005; 36(1-2):123-32.

15-Hou WL, Wang HH, Chung HH. *Domestic violence against women in Taiwan; their life-threatening situations, post-traumatic responses, and psychophysiological symptoms: an interview study*. Int J Nurs Stud, 2005; 42(6):629-36.

16-Downs WR, Rindels B. *Adulthood depression, anxiety, and trauma symptoms: a comparison of women with nonabusive, abusive, and absent father: figures in childhood*. Violence Vict, 2004; 19(6):659-71.

17-Thomas CR, Miller G, Hartshorn JC, Speck NC, Walker G. *Telepsychiatry program for rural victims of domestic violence*. Telemed J E Health, 2005; 11(5):567-73.



How Does Spousal Violence Affect Mental Health of Women in Chahar-Mahal Bakhtyari, 2006

Moezi M.^{*1}, Aazami M.², Shakeri M.³, Purheidar B.⁴

Abstract

Introduction: Violence against women is a major health and human rights problem. Studies showed 1,8 million domestic violence in American women. Reliable, large scale studies in every country indicate 20-76% of violence against women by intimate partners.

Spousal violence causes physical, sexual and mental harm and suffering in women. This study was conducted to assess mental health status in this group of women.

Materials and methods: This cross-sectional study was done on an experimental group of 380 women referred to the forensic medicine center, then matched with a control group. SCL-90-R was used to evaluate mental symptoms in 9 psychological dimensions. The data was analyzed by SPSS

11 and T test, Chi square and analysis of one-way variance.

Findings: The mean age of experimental group was ۲۸,۴± 5,8, 60% of them were from rural areas and 40% from urban part. Education level of 51% of cases was under diploma. SCL 90-R showed that the score of experimental group in 3 dimensions, somatization, depression and obsession was more than cut of point (score:2) and their score was significantly higher than the control group in the following dimensions: somatization(p= 0/01), depression(p= 0/008) and aggression (p= 0/03).

Conclusion: This study provides evidence to health care professionals that they shouldn't only treat the physical injuries of women under violence but must also to learn

how to assess and consider their mental health problems.

Key words: spousal violence, women, mental health

1. Especialist of Social Medicine, Research & Development Center, Shahre-e-kord University of Medical Sciences (corresponding author)

2. Forensic Physician, MSc. of Psychology, Forensic Medicine org. of Chaharmahal Bakhtyari

3. MSc. of Psychology, Mental Health Expert, Health Center of Chaharmahal Bakhtyari

4. GP, Disease Prevention Expert, Health Center of Chaharmahal Bakhtyari